

Naam: Email:

Voorletters: Gehuwd / Ongehuwd Aantal kinderen:

Meisjesnaam: Beroep:

Geboortedatum: Werkt u momenteel: Ja / Nee

Adres: Zorgverzekering:

Postcode: Verzekeringsnummer:

Woonplaats: Huisarts:

Telefoon privé: Woonplaats huisarts:

Telefoon werk: Hobby's / Sport:

BSN nr.: Komt u via: huisarts/specialist/anders:

Paspoort / Identiteitskaart / Rijbewijs nr.:

Wat is de belangrijkste klacht:

.....

.....

.....

.....

Wanneer is de klacht voor het eerst
begonnen:

.....

Wordt erger met:

- zitten
- opstaan uit stoel
- draaien in bed
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- beweging
- het hoofd draaien
- hoesten/niezen/persn
- andere activiteiten/houdingen:

Deskundigen:

**Bent u voor deze klachten reeds onder
behandeling geweest bij:**

- Chiropractor:
- Huisarts:
- Fysiotherapeut:
- Cesar/Mensendieck:
- Manueel therapeut:
- Podotherapeut:
- Neuroloog:
- Revalidatie-arts:
- Reumatoloog:
- Acupuncturist:
- Chirurg:
- Pijnteam:
- Homeopathisch arts:
- Orthoeped:
- Psycholoog:
- Alternatief genezer:
- Anderen:

Hoe is de klacht ontstaan:

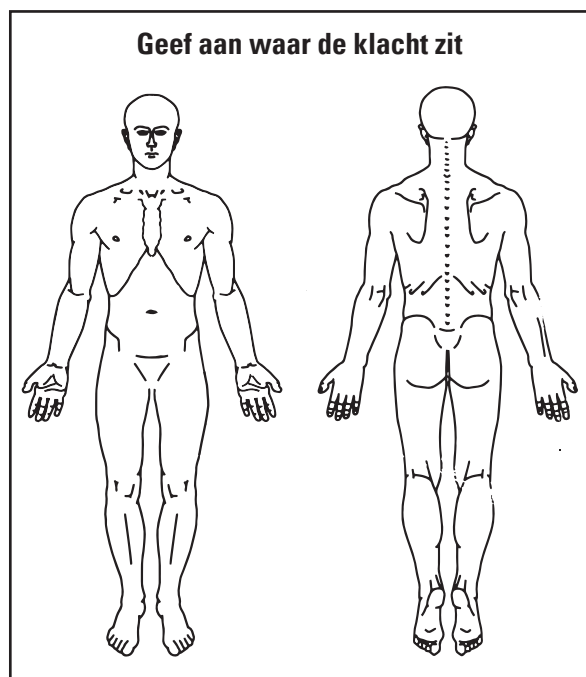
- Geleidelijk
 - wisselend aanwezig
 - constant aanwezig
- Plotseling
 - wisselend aanwezig
 - constant aanwezig

Is er sprake van uitstraling naar:

- linker arm rechter arm
- linker been rechter been

Neemt af met:

- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- beweging
- andere activiteiten/houdingen:



- | | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">vroegere problemen
huidige problemen</p> <p style="text-align: center;">Spieren en Gewrichten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nek <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tussen de schouders <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lage rug <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Staartbeen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lies L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heup L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Been L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Knie L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Voet of hiel L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schouder L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arm L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elleboog L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hand L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pols L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vingers L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rib L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gewrichtsontsteking <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gezwollen gewrichten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jicht | <p style="text-align: center;">vroegere problemen
huidige problemen</p> <p style="text-align: center;">Algemeen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hoofdpijn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Duizeligheid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Flauwvallen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oorsuizingen L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slapeloosheid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vermoeidheid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zenuwachtigheid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergieën <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depressie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aangezichts pijn L / R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slechte eetlust <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oor-, neus-, oog- en/of keelklachten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Voorhoofdsholte-ontsteking <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bijholteontsteking <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oorontsteking <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doofheid L / R |
|---|--|

- vroegere problemen
 huidige problemen
- Hart en Bloedvaten**
- Hartproblemen
 - Beroerte
 - Hoge bloeddruk
 - Lage bloeddruk
 - Spataderen L / R
 - Slechte circulatie
 - Zwelling in de enkels L / R
 - Bloedarmoede

- Ademhaling**
- Ademhalingsmoeilijkheden
 - Astma
 - Bronchitis
 - Longontsteking
 - Emfyseem
 - Hooikoorts
 - Pijn in de borst
 - Chronische hoest
 - Ophoesten van bloed
 - Ophoesten van slijm

- vroegere problemen
 huidige problemen
- Maag en Ingewanden**
- Maagpijn
 - Maagzweer
 - Maagbreuk
 - Galproblemen
 - Leverproblemen
 - Constipatie/moeilijke stoelgang
 - Diarree
 - Overgeven
 - Aambeien
 - Winderigheid
 - Blaas-, waterwegen problemen
 - Nierontsteking
 - Prostaatproblemen
 - Ongecontroleerd urineverlies
 - Blindedarmontsteking

- Huid**
- Jeuk
 - Eczeem
 - Blauwe plekken
 - Droge huid

- vroegere problemen
 huidige problemen
- Vrouwen**
- Overgangsproblemen
 - Menstruatiekrampen
 - Ruggpijn tijdens de menstruatie
 - Onregelmatige menstruatie
 - Overmatig bloedverlies
 - Heeft u een miskraam gehad?
 - Bent u mogelijk zwanger?
 - Wanneer menstreeverde u voor het laatst: _____

Diversen:

- Conditie:**
- Angina Pectoris
 - Alcoholisme
 - Epilepsie
 - Kanker
 - Multiple sclerose
 - Polio
 - Hersenvliesontsteking
 - Reuma
 - Tuberculose
 - Suikerziekte
 - Ziekte van Pfeiffer
 - Schildklierafwijking
 - Andere: _____

- Tandheelkundig:**
- Tandknarst of klemt u overdag en/of 's nachts
 - Draagt u een kunstgebit, geheel of gedeeltelijk
 - Heeft u 's ochtends wel eens een vermoeid gevoel in de kaken?
 - Heeft u kronen?
 - Heeft u een brug?
 - Heeft u een frame of een plaatje in de mond?
 - Heeft u vroeger een beugel gehad?
 - Maakt het kaakgewricht wel eens een knappend geluid?

- Gebruikt u:**
- Steunzolen
 - Hakverhogingen L / R
 - Andere _____

- Hoe slaapt u:**
- Rug
 - Zij
 - Buik
 - Wisselend
 - Hoe oud is uw matras? _____

- Is uw matras comfortabel:**
- Ja Nee

Datum van uw laatste testen:	korter dan 6 mnd.	tussen 6-18 mnd.	langer dan 18 mnd.	nog nooit
Urinetest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto's:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedtest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropract. onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hart onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echo / MRI / CT scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewoontes:	veel	normaal	weinig	geen
Eetlust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koffie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichaamsbeweging:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaap:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Mentale ziekten: _____
- Medicijnen die u neemt, en waarvoor: _____
- Voedingssupplementen: _____

Heeft u nog opmerkingen: _____

- Mogen wij uw huisarts informeren:**
- Ja Nee

- Ongevallen: _____
- Botbreuken: _____
- Operaties: _____
- Ziekenhuisopnamen: _____

Datum: _____

Handtekening: _____